

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**TRASTORNOS Y DIMENSIONES DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON JUEGO
PATOLÓGICO Y DEPENDENCIA AL ALCOHOL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

ROBERTO CARLOS RIVERA CRUZ

TUTORTEÓRICO

TUTORMETODOLÓGICO:

DR. GADY ZABICKY SIROT

DRA. LEONILA ROSA DÍAZ MARTÍNEZ

MÉXICO D.F.

AÑO 2007



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

T
D . . A L DA . E . U M . L .
E
C
D . A

ÍNDICE

1. Marco Teórico.....	2
Introducción.....	2
Definiciones.....	2
Características comunes entre juego patológico y alcoholismo.....	5
Situación político-social del juego en México.....	6
Marco de referencia.....	6
Historia del juego patológico.....	6
Epidemiología del juego patológico.....	7
Factores de riesgo para juego patológico.....	7
Comorbilidad del alcoholismo con juego patológico.....	8
Comorbilidad psiquiátrica de la dependencia a alcohol.....	9
Comorbilidad dependencia a alcohol y personalidad.....	9
Comorbilidad de trastornos de personalidad y adicciones.....	10
Comorbilidad juego patológico y personalidad.....	10
2. Justificación.....	13
3. Planteamiento del problema.....	13
4. Objetivos.....	13
5. Material y métodos.....	14
Diseño.....	14
Muestra.....	14
Variables.....	15
Instrumentos.....	15
Procedimiento.....	18
Análisis estadístico.....	18
6. Resultados.....	18
7. Discusión.....	20
8. Conclusiones.....	25
9. Limitaciones.....	26
10. Recomendaciones.....	26
11. Bibliografía.....	27
12. Anexos.....	32
13. Agradecimientos.....	36

MARCO TEÓRICO

Introducción

El juego por placer, ocio u objetivos monetarios tiene miles de años de antigüedad y ha estado presente en casi todas las culturas. Babilonios, etruscos, egipcios, chinos, indios precolombinos, griegos y romanos tenían distintos juegos de azar y se consideraba una de las principales pasiones de las clases más altas. La búsqueda de excitación, el ataque al aburrimiento, han estado a la base del juego en todos los tiempos (1).

Los aspectos de conducta desadaptativa del juego patológico engloban la preocupación por todo lo que tenga que ver con el juego; la necesidad de jugar incrementando cada vez más la cantidad de dinero para conseguir el nivel de excitación deseado; repetidos e infructuosos intentos de controlarlo reduciendo el impulso o dejar de jugar. (2).

Existe literatura extensa que documenta el hecho de que las mismas personas tienden a tomar alcohol y jugar, y que los individuos que son jugadores patológicos tienen más probabilidad en promedio, de abusar de alcohol o ser dependientes (1).

El presente estudio buscará comparar a un grupo de pacientes dependientes al alcohol no jugadores con un grupo de dependientes al alcohol jugadores patológicos de acuerdo a trastornos de la personalidad y dimensiones de la personalidad en individuos que acuden a la consulta externa del centro de ayuda para el alcohólico y su familia (CAAF).

Definiciones

Juego Patológico

Según la definición del DSM IV la principal característica del juego patológico es un comportamiento de juego persistente, recurrente y desadaptativo que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional (3).

También se puede recurrir al juego como vía de escape de los problemas; jugar para recuperar pérdidas; mentir al ocultar la verdadera magnitud de la implicación en el juego; cometer actos ilegales para financiar el juego; perder o poner en peligro las relaciones personales y laborales debido al juego; y pedir préstamos a los demás para pagar las deudas derivadas de esta actividad (2).

Dependencia al alcohol

El alcohol es la sustancia depresora del cerebro consumida con mayor frecuencia en la mayoría de las culturas (3) y es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Se denomina alcoholismo a la dependencia y el abuso de alcohol pero el término es poco preciso (2).

La dependencia al alcohol es una enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 5 gramos. El alcoholismo parece ser producido por la combinación

de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

La dependencia al alcohol, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. (Kaplan Sadock, 1998). El DSM-IV la define como un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo alcohol, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con él. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva del alcohol. También se define como un grupo de tres o más síntomas de doce enlistados, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de doce meses (3).

Personalidad

La personalidad es una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientación y pautas (coherencia) a la vida de una persona. Como el cuerpo, la persona está integrada tanto por estructuras como por procesos y refleja tanto la naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). Además, la personalidad engloba los efectos del pasado, incluyendo los recuerdos del pasado, si como construcciones del presente y del futuro (4).

A lo largo de la historia, la personalidad se ha definido de varias formas, lo que ha permitido que cada investigador estudie los fenómenos que considera particularmente importantes, sin que el campo en sí haya sido objeto de una definición común. En la materia de la personalidad como ciencia, hay tres tradiciones de investigación distintas, cada una con su propio enfoque para la observación, la clínica, la experimental y la correlacional. La investigación clínica implica el estudio sistemático y en profundidad de los individuos. La investigación experimental implica la manipulación de variables para establecer relaciones causales. La investigación correlacional incluye el uso de medidas estadísticas para establecer la asociación, o correlación, entre series de medidas que según se ha descubierto difieren entre las personas (4).

Dentro de la aproximación correlacional se encuentra el modelo de los cinco factores (MCF) que propone que los cinco rasgos o factores básicos de la personalidad son el neuroticismo, extraversión, consciencia, afabilidad y apertura a la experiencia. Rasgo se define como una tendencia a comportarse de una manera particular, como la expresada en la conducta de una persona a lo largo de una serie de situaciones. Los autores proponen enérgicamente el uso de cuestionarios para evaluar la personalidad y son críticos a la utilización de tests proyectivos y entrevistas clínicas (4).

El Neuroticismo (N) se refiere al nivel crónico de ajuste emocional e inestabilidad. Un N alto identifica a individuos que están propensos a tener malestar psicológico. También incluye ideas no realistas, anhelos excesivos, o dificultad para tolerar la frustración causada por no actuar conforme a nuestros propios deseos, y respuestas de afrontamiento maladaptativas. Extraversión (E): Se refiere a la cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales preferidas, nivel de actividad, necesidad de estimulación y capacidad para disfrutar. La gente que tiene alta E tiende a ser sociable, activa, platicadora, orientada a las personas, optimista, amante de la diversión y afectiva; mientras que las personas que son bajas en E tienden a ser reservadas (pero no necesariamente poco amistosas), sobrios, reservados, independientes y callados. Apertura a la experiencia (O): Involucra la búsqueda activa y la apreciación de experiencias de su propia búsqueda. Los individuos abiertos son curiosos, imaginativos, y dispuestos a entretenerse en ideas novedosas y valores no convencionales, ellos experimentan toda la gama de emociones

más vívidamente que los individuos cerrados. Los individuos cerrados (aquellos bajos en O), tienden a ser convencionales en sus creencias y actitudes, conservadores en sus gustos, dogmáticos, y rígidos en sus creencias, están puestos conductualmente en sus caminos y emocionalmente responden poco. Agradabilidad (A): Se refiere a los tipos de interacciones que una persona prefiere dentro de un continuo entre compasión y antagonismo. La gente que es alta en A tiende a ser de corazón blando, de naturaleza buena, confiables, ayudan, olvidan y son altruistas. Aquellos que son bajos en A (llamados antagonistas) tienden a ser cínicos, rudos o abrasivos, sospechosos, poco cooperadores e irritables, pueden ser manipuladores y vengativos y no respetan las reglas. Conciencia (C): Evalúa el grado de organización del individuo, la perseverancia, control y la motivación en la conducta dirigida a un objetivo. Compara la gente responsable y exigente con aquellos que son distraídos y descuidados. Las personas que tienen puntuación alta en C tienden a ser organizados, dignos de confianza, trabajadores autodisciplinados, puntuales, escrupulosos, limpios, ambiciosos y perseverantes mientras que aquellos con C baja tienden a ser no confiables, sin propósito, perezosos, descuidados, relajados de voluntad débil, hedonistas (4).

Trastorno de personalidad

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicio para el sujeto (3).

Los psicólogos de la teoría de rasgos saben que las diferencias individuales de casi todas las características de la personalidad se distribuyen de forma continua y parecer razonable hipotetizar que diversas formas de psicopatología pueden estar relacionadas con variaciones normales en las disposiciones básicas de la personalidad. Según el modelo de los cinco factores, un trastorno de personalidad podría describirse en virtud de puntuaciones extremas en los cinco factores (4).

Características comunes entre juego patológico y dependencia a alcohol

El énfasis en la dificultad en el control de la conducta constituye un elemento de conexión entre las adicciones y los trastornos del control de impulsos. En esencia, el juego patológico se adapta perfectamente al concepto de conducta adictiva. Diversos autores han señalado como elementos básicos y comunes en los distintos tipos de adicciones los siguientes: Craving, pérdida de control, abstinencia y tolerancia (1).

Además de esto, pueden observarse aspectos comunes entre juego patológico y adicciones, fundamentalmente con el alcoholismo:

a) Solapamiento de tiempo y espacio: Las máquinas tragamonedas están situadas en lugares habituales de consumo de alcohol. En las salas de juego, existe una clara disponibilidad e incluso invitaciones para el consumo de bebidas alcohólicas.

b) Aparición conjunta o secuencial: Numerosos estudios de comorbilidad muestran que el juego patológico se presenta con frecuencia asociado a otros trastornos adictivos. La presencia de un doble problema, referido a la asociación del juego patológico y el abuso y/o la dependencia a sustancias psicoactivas supone un mayor riesgo de complicaciones en ambos trastornos.

c) Personalidad adictiva: Algunos autores consideran la existencia de una serie de rasgos de personalidad comunes en las distintas conductas adictivas aunque esto no ha sido concluyente.

d) Antecedentes de conductas relacionadas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia: En ludópatas se encuentran con más frecuencia que en la población general antecedentes de conductas relacionadas con el TDAH, así como alteraciones en el electroencefalograma y en pruebas neuropsicológicas.

e) Respuesta al tratamiento: Uno de los argumentos que se ha utilizado para hacer hincapié en la semejanza del juego patológico con el resto de las conductas adictivas es la respuesta favorable al tratamiento aplicado en otras dependencias, y sobre todo los modelos de tratamiento psicoterapéutico, incluyendo el modelo de jugadores anónimos (1).

Situación político-social del juego en México

En mayo del 2004 se publicó un documento de la LIX legislatura de la cámara de diputados en donde se investiga los posibles efectos negativos de la instalación de casinos en México. Se concluye que serían: La aparición o incremento de problemáticas de inseguridad, criminalidad y actos delictivos como son el lavado de dinero, o la aparición de mafias. Estos problemas se asocian a otras problemáticas sociales como el vicio, la prostitución y el ocio. Finalmente, ambas se relacionan con ciertas problemáticas patológicas de los individuos como deudas de juego, suicidios, delincuencia común y adicción al juego, formándose fenómenos sociales complejos (5).

A partir del 15 de diciembre de 2004, cuando entró en funcionamiento el Consejo Consultivo de Juegos y Sorteos, la Secretaría de Gobernación a cargo de Santiago Creel Miranda entregó permisos para instalar 96 salas de sorteo, 1 hipódromo y 95 centros de apuestas remotas de 9 empresas. Hizo notar que en diciembre del 2000 el mercado del juego legal estaba altamente concentrado en pocas manos y el juego ilegal florecía por todo el país. "Se tenía detectado un número mucho mayor de establecimientos ilegales que los que operaban legalmente", aseguró. (6).

Los permisos otorgados por Gobernación tienen una vigencia de 25 años, del 25 de mayo de 2005 al 24 de mayo de 2030. Las autorizaciones para los centros aparecen a nombre de Apuestas Internacionales con la representación legal de Joaquín Balcárcel Cruz. De esta forma, Televisa podrá operar centros de "apuestas remotas y salas de sorteos de números" en el DF, y otros 28 estados de la república. Los centros autorizados tendrán que pagar a la Federación entre 1 y 2 por ciento sobre los montos de las tarjetas de apuestas vendidas al público, según los permisos otorgados por la Unidad de Gobierno. El operador, señala el permiso, no podrá ceder los derechos a terceras personas ni cambiarla composición accionaria, a menos que informe a la Secretaría de Gobernación (7).

MARCODE REFERENCIA

Historia del juego patológico

A lo largo de la historia, se conoce la adicción al juego de emperadores romanos como Augusto y Claudio, así como literatos españoles, Góngora y Argote, y rusos como Lermontov y Dostoievsky, este último plasmaría su tragedia en una obra clásica "El jugador" (8).

Actualmente es una actividad recreativa común: en Norteamérica más de dos tercios de la población adulta juegan regularmente y para la mayoría, es una actividad relajante sin consecuencias negativas (9).

Epidemiología del juego patológico

Se estima que la prevalencia del juego patológico entre la población adulta de los Estados Unidos oscila entre 1 y 3% y el trastorno es más común en los hombres, menores de 30 años, no caucásicos y no casados (10).

La prevalencia en Estados Unidos se incrementó de 0.7% en 1974 a 1.9 en 1999 en el último año y a 5.1 la prevalencia de por vida. Este incremento se relaciona con la diseminación del juego legal en la mayoría de los estados (11).

En Canadá un estudio reciente (12) determinó que la prevalencia actual es 2% siendo más alta en provincias donde existen video terminales de lotería o casinos permanentes.

En el Reino Unido alrededor de tres cuartas partes de la población habían jugado en el último año y 1% de la población resultó ser jugador patológico (13).

En México se desconoce la prevalencia actual de esta patología.

Factores de riesgo para juego patológico

En una investigación (14) se encontró que los factores de riesgo comunes para abuso de sustancias y juego patológico en adolescentes fueron: baja autoestima, depresión o ideación suicida, ser víctima de abuso, pobre rendimiento escolar, una historia de delincuencia, sexo masculino, experiencias con drogas o juego tempranas, uso de drogas o juego en los padres y fácil acceso.

Los factores etiológicos que se han relacionado al juego incluyen: Anormalidades en los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, distorsiones cognitivas y reforzamiento de la actividad del juego por episodios de ganancias o la excitación que acompaña al juego (15). Otros factores encontrados en el mismo estudio fueron: sexo masculino, residencia urbana, bajos ingresos y comorbilidad psiquiátrica.

Aunque no se han llevado a cabo investigaciones sistemáticas para conocer los factores de riesgo para el desarrollo de juego patológico, un dato aportado de forma consistente en los estudios epidemiológicos revela que la legalización del juego es un factor de riesgo de gran importancia, hecho que ya había señalado hace casi dos décadas, y que ha venido comprobándose en los distintos países donde se ha ido legalizando el juego. Si bien el juego clandestino existe en mayor o menor grado en todos los países y es fuente de jugadores patológicos, la oferta social que supone la legalización, considerada por muchos autores como una forma de incrementar las arcas del estado sin aumentar los impuestos, supone al menos la duplicación de la prevalencia de ludopatía entre adolescentes y un incremento en el número de jugadores problemáticos (1).

Un estudio realizado en Canadá (16) sugiere que la presencia de un nuevo casino puede afectar la conducta de juego en población susceptible (dependientes a sustancias) ya que incrementó la frecuencia del juego en casinos de máquina tragamonedas.

Las mujeres con este trastorno es más probable que estén casadas con hombres alcohólicos, que normalmente están ausentes del hogar. La dependencia del alcohol suele ser más frecuente entre los padres de los jugadores patológicos que entre los de la población general (2). Previamente se ha encontrado evidencia de juego patológico en pacientes hospitalizados con diagnóstico de abuso de alcohol y de otras sustancias, y entre prisioneros y sujetos en libertad condicional (2).

En un estudio reciente se encontró que los individuos clasificados como alexitímicos tuvieron significativamente más problemas con el juego que los individuos clasificados como no

alexitímicos. Además, los jugadores patológicos tenían más características alexitímicas que los jugadores no patológicos (17).

Comorbilidad del alcoholismo con juego patológico

Un estudio (18) encontró que 39% de 51 jugadores patológicos estudiados cumplían los criterios para abuso de alcohol o sustancias el año previo a la admisión a un programa de tratamiento para ludopatía. La mitad reportaron abuso de alcohol o sustancias por uno de sus padres y 36% por uno de sus hermanos.

Una encuesta telefónica realizada en EUA encontró que los jugadores patológicos tienen 7 veces más riesgo de ser dependientes a alcohol que los no jugadores (19).

Gran parte de la correlación positiva entre jugadores y consumo de alcohol es atribuida a la personalidad y los rasgos del carácter que subyacen en ambos, o al hecho de que los individuos en particular son sujetos a influencias de la comunidad que fomenta o castiga ambas. (1).

Welte y colaboradores encontraron que algunos tipos de juego están más relacionados con el juego patológico como las apuestas por video y los juegos de casino. Encontraron una prevalencia más alta de juego patológico en los que beben y juegan simultáneamente que en los que beben y juegan por separado (5.1% versus 1.6%). También proponen que es necesario hacer más estudios en pacientes jugadores patológicos con dependencia a alcohol simultánea (19).

Comorbilidad psiquiátrica de la dependencia a alcohol

Las investigaciones sobre la comorbilidad entre el consumo de alcohol y la enfermedad mental se dividen en dos grandes grupos, respecto a la forma de abordar el tema: a) estudios que investigan el consumo de alcohol en el paciente psiquiátrico y b) estudios que investigan problemas psiquiátricos en los pacientes que presentan algún problema relacionado con el consumo de alcohol (20).

Los más numerosos corresponden al segundo grupo y se caracterizan por investigar los posibles trastornos mentales en las personas que acuden a solicitar ayuda médica a causa de algún problema relacionado con el consumo de alcohol. Generalmente estos estudios incluyen a pacientes con consumo severo de alcohol y muestran que existen algunos trastornos mentales que suelen observarse con mayor frecuencia en asociación a estos problemas: en hombres, la sintomatología depresiva, la personalidad antisocial, el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia fueron los diagnósticos más comúnmente encontrados. En las mujeres, las fobias y la depresión mayor precedieron al consumo de alcohol (20).

Comorbilidad dependencia a alcohol y personalidad

La asociación entre el trastorno antisocial de la personalidad y el alcoholismo es quizás la más estudiada, son pacientes con mayor gravedad en su adicción (dependencias más largas y severas), más jóvenes y con escasas relaciones afectivas estables (21), (22), (23).

En pacientes alcohólicos y usando el SCID-II se han encontrado porcentajes de un 64% de trastornos de personalidad en una muestra de 50 pacientes en tratamiento ambulatorio. Más de la mitad de ellos tenían como mínimo dos diagnósticos de trastornos de personalidad (24).

En lo referente a qué diagnóstico de trastornos de personalidad es más frecuente entre los alcohólicos, en la mayoría de los trabajos destaca el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad (25), aunque hay autores que se decantan por trastornos

del cluster C, como son los trastornos de la personalidad por evitación y dependencia (24).

En un estudio en población latina (26) de individuos con consumo perjudicial y dependientes a alcohol se encontró introversión como rasgo predominante (82.35%) de acuerdo al cuestionario de personalidad de Eysenck.

La disparidad diagnóstica y la falta de consistencia en la literatura respecto al número y tipos de trastornos de personalidad asociados con el alcohol se relacionan a que utilizan diferentes herramientas de medición, la severidad del consumo de alcohol es diferente y las poblaciones son diferentes (hospitalizados psiquiátricos población general (27)).

Un estudio en Italia (28) encontró una prevalencia de 31.3% de trastornos de personalidad en alcohólicos, los más frecuentemente encontrados fueron el esquizoide (40%) y el dependiente (20%) aunque aquí se excluyó a los individuos con trastorno antisocial de la personalidad.

Un estudio reciente en España (27) comparativo encontró 40% de prevalencia de trastornos de personalidad en alcohólicos, 16.6% en población clínica y 6.4% en población no clínica. Los más prevalentes en alcohólicos fueron dependiente (13.3%), paranoide y obsesivo-compulsivo (10% cada uno).

Un estudio que utilizó el inventario de temperamento y carácter encontró que los pacientes alcohólicos calificaron más alto para búsqueda de la novedad y más bajo para autodirección que los controles sanos. La baja autodirección indicó una probabilidad más alta para un trastorno de personalidad en los dependientes a alcohol (29).

Comorbilidad de trastornos de personalidad y adicciones

Por otra parte, no se debe olvidar que las primeras ediciones del DSM daban por establecida la relación entre la adicción y una personalidad específica, y remontándonos al siglo pasado, el concepto de alcoholismo originario de Magnus Huss (1849), ocasionó desde su inicio una clara necesidad de buscar diferentes tipologías en estos pacientes. Quizás la primera de ellas, dicotómica, fue la que estableció dos patrones de alcohólicos; el bebedor habitual y el bebedor por enfermedad mental o dipsómano.

En la actualidad no se puede hablar de una personalidad adictiva, centrándose la investigación en la relación de la adicción, en general, con los trastornos de personalidad específicos definidos de forma categórica. En este sentido el consumo de sustancias puede servir para automedicarse ciertos rasgos de la personalidad, atenuando los impulsos agresivos, la disforia, rabia y depresión, de forma que los trastornos de personalidad se asocian más con la dependencia de sustancias que otros diagnósticos psiquiátricos (30).

Los trastornos de la personalidad y la comorbilidad asociada, entre ellas el consumo de sustancias que es muy frecuente, es un terreno en el que tanto las neurociencias como la psicopatología tienen un gran campo de investigación. Uno de los principales puntos de esta investigación ha sido la búsqueda de una tipología adictiva en la personalidad de los pacientes asociados de uso de sustancias e intentos de suicidio (24).

Comorbilidad de juego patológico y personalidad

Un estudio sobre crimen, trastorno antisocial y juego patológico (31) realizado en Australia encontró que 37% de los jugadores patológicos habían cometido crímenes no ofensivos, 40% cometieron delitos relacionados al juego, 9% delitos no relacionados al juego y 14% delitos

relacionados y no relacionados al juego. Solo 14% tuvieron un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad.

Un artículo de revisión concluía que a la fecha no se había descubierto un perfil de personalidad que distingua a los jugadores patológicos de los jugadores meramente sociales (32).

Otro estudio sobre comorbilidad (33) encontró que los trastornos de la personalidad, como el paranoide y el evitativo, no fueron frecuentes y no hubo diferencia significativa respecto a los controles.

El mismo autor (34) realizó un estudio en el cual encontró que 93% de los jugadores patológicos que acudieron a un centro de tratamiento cumplieron criterios para al menos un trastorno de personalidad, con un promedio de 4.73 trastornos por paciente. Los más frecuentemente encontrados fueron los del cluster "dramático" - caracterizados por impulsividad, desinhibición, y cambios extremos en el ánimo en respuesta a estímulos ambientales.

Un estudio epidemiológico (35) realizado en Estados Unidos, encontró que los jugadores patológicos tienen un riesgo elevado para varios trastornos psiquiátricos, como el trastorno antisocial de la personalidad, alcoholismo y dependencia a nicotina.

En España se realizó un estudio sobre comorbilidad (36) en juego patológico y los diagnósticos más comunes fueron trastornos de personalidad (no se describen cuales) 42%, abuso o dependencia a alcohol 33% y reacciones de ajuste 17%.

Un estudio realizado en gemelos (37) encontró que la probabilidad de tener un trastorno antisocial de la personalidad en jugadores patológicos eran 6.4 veces mayor que en no jugadores. También encontraron porcentajes elevados de trastornos de la conducta en la niñez en jugadores patológicos, sugiriendo que el trastorno de la personalidad precede, y por lo tanto, no es causado por la conducta de juego.

Sin embargo, es posible que la influencia aguda del alcohol favorece que los jugadores apuesten más, jueguen más tiempo, o menos cuidadosamente que si hubieran estado completamente sobrios (38).

Los jugadores patológicos tienen índices más altos de impulsividad comparados con sujetos sanos (39).

Petry ha sugerido que la impulsividad puede ser conceptualizada y medida como un constructo multidimensional que incluye conductas como orientación hacia el presente, habilidad disminuida para aplazar la recompensa, desinhibición conductual, toma de riesgos, búsqueda de sensaciones, propensión al aburrimiento, sensibilidad a la recompensa, hedonismo y pobres habilidades de planeación (40).

Un estudio sobre tres rasgos de personalidad en jugadores patológicos encontró que la competitividad fue altamente predictiva para juego patológico, el aplazamiento de la recompensa fue moderadamente predictiva para el juego, y, curiosamente, la búsqueda de sensaciones no fue un predictor significativo para esta patología (41).

La relación entre la conducta de juego y el deseo del individuo por un estado de hiperexcitación tiene una evidencia empírica equívoca. Una explicación para estos resultados inconsistentes es que la búsqueda de sensaciones difiere entre las diferentes actividades de juego. El juego no es una actividad homogénea y la búsqueda de sensaciones puede ser más prominente para unas

actividades que para otras. (42).

Pietrzak encontró que los jugadores patológicos con trastorno antisocial de la personalidad comparados con los jugadores sin este trastorno eran de menor edad, tenían más probabilidad de ser del sexo masculino, solteros o divorciados. También iniciaron en el juego más temprano, tenían mayor severidad de juego, de problemas médicos por sustancias y calificaron más alto para ideación paranoide y ansiedad fóbica. (43).

En el presente estudio se tratará de establecer una relación entre pacientes con diagnóstico dual de juego patológico y dependencia a alcohol con trastornos de personalidad y dimensiones de la personalidad. Previamente se han realizado estudios en los que se ha encontrado una relación positiva entre alcoholismo, uso de sustancias y juego patológico en poblaciones de adolescentes de Estados Unidos.

Sin embargo en la actualidad no existen estudios a este respecto en población mexicana, donde las características del consumo de alcohol son diferentes a las de la población anglosajona, ya que en nuestro país el patrón de consumo de alcohol tiende a ser de tipo peligroso en el cual se bebe en altas cantidades y en relativamente baja frecuencia, el consumo es por lo general los fines de semana, y altas cantidades por ocasión. Existe hoy la controversia social y política respecto a la probable legalización del juego en México sin conocerse la magnitud actual del problema, y las consecuencias negativas para el futuro como son la falta de una infraestructura adecuada para su tratamiento eficaz, aunado a esto el problema del alcoholismo en México es grande, según las últimas encuestas, el 16% de los varones mexicanos y el 1.3% de las mujeres tienen problemas con el alcohol (44).

Los estudios previos han encontrado una relación entre jugadores patológicos y trastorno antisocial de la personalidad pero no con otros trastornos de personalidad. Los estudios de alcoholismo y trastornos de personalidad han encontrado relación con prácticamente todos los trastornos de personalidad pero principalmente con el trastorno antisocial de la personalidad no se ha estudiado esta relación con jugadores dependientes a alcohol. Los estudios de juego patológico y rasgos de personalidad han encontrado relación con impulsividad, búsqueda de sensaciones, competitividad y propensión al aburrimiento, más no han sido evaluados con el modelo de los cinco factores y no se han comparado alcohólicos jugadores patológicos con alcohólicos no jugadores.

JUSTIFICACIÓN

El estudio del juego patológico como trastorno psiquiátrico es muy reciente. Las investigaciones de este problema especial y su comorbilidad son muy escasas. La investigación dentro de virtualmente cualquier dominio metodológico es necesaria para una mejor comprensión de la comorbilidad entre juego patológico y dependencia a alcohol.

Actualmente no existen estudios de juego patológico en la población mexicana y no se han realizado investigaciones para determinar la comorbilidad en pacientes con dependencia a alcohol y juego patológico con los trastornos de la personalidad y rasgos específicos de personalidad. Se han realizado estudios al respecto en otros países pero los resultados no son concluyentes y han resultado incluso contradictorios.

Como se describe en los antecedentes se ha encontrado una asociación entre juego patológico y consumo de alcohol pero no hay estudios en pacientes con dependencia a alcohol en los que se busque la comorbilidad con juego patológico en México. Tampoco hay estudios donde se comparen los trastornos de personalidad o rasgos de personalidad de pacientes alcohólicos o jugadores con alcohólicos jugadores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existe una diferencia entre pacientes dependientes a alcohol con juego patológico y dependientes a alcohol sin juego patológico en la frecuencia y tipo de trastornos de personalidad y en rasgos de personalidad?

OBJETIVOS.

Generales:

Determinar la posible diferencia en la frecuencia, tipo de trastornos y rasgos de personalidad entre pacientes dependientes al alcohol con juego patológico frente a los pacientes dependientes al alcohol sin juego patológico.

Específicos:

Obtener de acuerdo al cuestionario breve de juego patológico y la entrevista SOGS una estimación de la frecuencia de este trastorno en pacientes dependientes al alcohol que acudieron a la consulta externa CAAF.

Evaluar la frecuencia y tipo de trastornos de personalidad en los pacientes dependientes al alcohol jugadores patológicos y no jugadores patológicos.

Evaluar los factores de personalidad en los pacientes dependientes al alcohol jugadores patológicos y no jugadores patológicos.

Hipótesis:

1- Hay una mayor frecuencia de trastornos de personalidad en los pacientes dependientes al alcohol con juego patológico comparados con los pacientes dependientes al alcohol sin juego patológico.

2. Hay una mayor puntuación en los factores/rasgos de personalidad neuroticismo y extraversión y una menor puntuación en los de amabilidad, consciencia y apertura a la experiencia en los pacientes dependientes al alcohol con juego patológico comparados con los pacientes dependientes al alcohol sin juego patológico.

MATERIALY MÉTODOS:

DISEÑO:

Estudio de corte transversal y comparativo entre dos grupos: pacientes dependientes al alcohol con juego patológico comparados con los pacientes dependientes al alcohol sin juego patológico.

MUESTRA:

Se tomó como muestra a la población adulta de 18 a 65 años de ambos sexos que acudió a la consulta externa del centro de ayuda para el alcohólico y su familia (CAAF) y cumplió los criterios diagnósticos de dependencia de alcohol. El CAAF pertenece al área de investigación sociales del Instituto Nacional de psiquiatría "Ramón De La Fuente Muñiz", cuenta con servicio de consulta externa de 9 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, brinda atención psicológica individual y de grupo, psiquiátrica y de trabajo social y cuenta con un área de desintoxicación de alcohol. Se encuentra localizado en pleno centro de la ciudad de México en la planta alta de un mercado popular, atiende generalmente a individuos de escasos recursos económicos de los barrios de Tepito, Centro, Santa María La Riveray y la Merced, una proporción alta de estos se dedica al comercio ambulanteo son subempleados. La obtención de la muestra se llevó a cabo en nueve meses (agosto del 2005 a mayo del 2006).

Se excluyeron los pacientes que no reunieron criterios de dependencia de alcohol, que presentaron alguna enfermedad médica o déficit cognitivo (ej. retardo mental), que les impidiera contestar las preguntas o que no aceptaron firmar el consentimiento informado. Se contestaron 174 cuestionarios de detección (CBJP) y resultaron como probable jugador patológico a 38. Al aplicarse el cuestionario SOGS para diagnóstico de juego patológico 11 resultaron negativos y también se excluyeron. De los 27 participantes restantes positivos cinco no acudieron a contestar los cuestionarios, uno se excluyó por presentar deterioro cognoscitivo y otro se excluyó por no contar con escolaridad primaria y no pudo contestar las preguntas. Posteriormente se tomó a otros 20 pacientes que contestaron negativamente al cuestionario breve de juego patológico, pero que cumplieron con el diagnóstico de dependencia al alcohol y se les invitó a participar. La muestra final incluyó a cuarenta pacientes con dependencia al alcohol y se dividió en dos grupos: el primero con 20 individuos con comorbilidad con juego patológico y 20 sin comorbilidad con juego patológico.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Diagnóstico de trastorno de la personalidad de acuerdo al SCID-II.
Rasgos de personalidad de acuerdo al BFI

VARIABLE DEPENDIENTE:

Diagnóstico de juego patológico de acuerdo a la entrevista SOGS.

VARIABLE INTERVINIENTE:

Diagnóstico de dependencia al alcohol

INSTRUMENTOS:

Se aplicó el **cuestionario breve de juego patológico (CBJP)** a todos los pacientes que acudieron a la consulta externa del centro de ayuda para el alcohólico y su familia. Este es un cuestionario de detección que consta de 4 ítems. Tiene una confiabilidad test-retest de 0.99, consistencia interna de 0.94, y una validez convergente de 0.95 con el cuestionario SOGS. Está basado en la versión española del cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS). El contenido de los mismos hace referencia a si el sujeto cree que tiene problemas con el juego, si se siente culpable por lo que ocurre cuando juega, si ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello, y, por último, si ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas. Gracias a su brevedad, es una prueba que puede ser intercalada en la historia clínica habitual de pacientes aquejados de problemas médicos o de trastornos de conducta diversos y detectar así de forma temprana una dependencia al juego (45).

Para realizar el diagnóstico de juego patológico se aplicó **la escala de detección de juego de South Oaks (SOGS)** que es un cuestionario de 20 ítems basado en los criterios de DSM-III para juego patológico. Puede ser autoadministrada o administrada por entrevistadores profesionales y no profesionales. Lesieur estableció la confiabilidad test-retest (0.71) y la consistencia interna (α de Cronbach = .97) en una población de Estados Unidos y actualmente existe una versión también validada en español. Ofrece una detección conveniente en poblaciones de alcohólicos, usuarios de sustancias así como en población general, de juego patológico (46).

El diagnóstico de dependencia al alcohol se realizó con la **entrevista MINI (mini internacional neuropsychiatric interview)**. Es un instrumento diagnóstico estandarizado para trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y del CIE-10. Fue diseñada para la práctica clínica y para investigación en escenarios de atención primaria y psiquiátricos. Consiste en preguntas cerradas, estandarizadas y estructuradas para el procedimiento diagnóstico. Los criterios DSM-IV y CIE-10 fueron encuadrados en preguntas estandarizadas. El entrevistador lee literalmente las preguntas y el diagnóstico se hace de acuerdo con el número de respuestas afirmativas a las preguntas específicas. Solo se utilizó el módulo J para diagnóstico específico de abuso/dependencia al alcohol. Un estudio en Francia y dos en Estados Unidos obtuvieron una buena confiabilidad interevaluador prueba-reprueba (0.84) y una validez comparable a la entrevista CIDI. Es una alternativa económica para seleccionar pacientes de acuerdo a criterios internacionales en estudios clínicos y epidemiológicos. Esta entrevista se encuentra disponible en 43 idiomas, incluido el español (47).

Se aplicó la **entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV SCID-II** (48) elaborada por un grupo de psiquiatras norteamericanos. Tiene sus orígenes en las etapas iniciales de la entrevista clínica estructurada para el DSM II, durante las cuales un módulo específico para los trastornos de la personalidad fue incluido en la versión de la SCID de 1984. En 1985 el módulo fue reformulado separadamente debido al interés renovado en la investigación de los trastornos de la personalidad. Posteriormente sufrió varias modificaciones hasta la última versión adaptada para el DSM-IV, publicada en 1997. Es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de 10 trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV, así como el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. La SCID II puede usarse para formular diagnósticos del eje II, de forma tanto categórica (presente o ausente) como dimensional (anotando el número de criterios para cada diagnóstico). En pruebas test-retest se han obtenido valores de kappa de 0.87 para el trastorno

Límite de la personalidad, 0.84 para el trastorno antisocial de la personalidad de 0.74 para la presencia de cualquier trastorno de la personalidad. Este instrumento ha sido aplicado en México por Ortiz y colaboradores en personas que solicitan atención psicológica en centros especializados de salud mental, así como por en población clínica psiquiátrica por Grainy Lemus.

Para hacer una evaluación de la personalidad desde la perspectiva dimensional se aplicó el **inventario de los cinco grandes (Big Five Inventory BFI)** que fue creado por John, Donahue y Kentle en 1991(4). El BFI de 44 ítems fue desarrollado para representar las definiciones prototípicas desarrolladas a través de calificadores expertos y una verificación analítica de los rasgos/factores subsecuentes en las puntuaciones de personalidad del observador. El objetivo fue crear un inventario breve que pudiera hacer una valoración flexible y eficiente de las cinco dimensiones cuando no hay necesidad de una medición más diferenciada de las facetas individuales. Hay mucho que decir a favor de la brevedad; como observó Burish en 1984: "las escalas cortas no solo ahorran tiempo a la valoración, sino que también evitan el aburrimiento y la fatiga del sujeto... hay individuos... de los cuales no obtendrás respuestas si el cuestionario parece muy extenso". El BFI no usa adjetivos únicos como ítems debido a que tales ítems son contestados menos consistentemente que cuando están acompañados de definiciones o elaboraciones. En vez de esto, el BFI usa frases cortas basadas en los adjetivos de rasgo conocidos como los marcadores prototípicos de los cinco grandes. Uno o dos adjetivos de rasgo prototípicos sirven como el ítem central al cual se le agrega información elaborada, clarificadora o contextual. Por ejemplo, el adjetivo de apertura "original" se convierte en el ítem del BFI "Es original, tiene nuevas ideas" y el adjetivo de conciencia "perseverante" sirve de base para el ítem "persevera hasta que una tarea es terminada". Así, los ítems del BFI retienen las ventajas de los ítems por adjetivos (brevedad y simplicidad) mientras evitan algunos de sus inconvenientes (ambigüedad, múltiples significados o que sobresalgan de lo deseable). Aunque las escalas del BFI incluyen solo 8 a 10 ítems, esto no sacrifica la cobertura del contenido o las buenas propiedades psicométricas. Por ejemplo, la escala de afabilidad de 9 ítems incluye ítems relacionados al menos cinco o seis de las facetas postuladas por Costa y McCrae en 1992 principalmente, confianza (indulgente, confiable) altruismo (provechoso, generoso), conformidad (no pendenciero), modestia (no crítico con otros) y sensible-atento (considerado y bondadoso). En muestras de Canadá y Estados Unidos la confiabilidad alfa de las escalas del BFI típicamente varían de .75 a .90 y promedian arriba de .80, la confiabilidad prueba-reprueba a los tres meses varían de .80 a .90 con una media de .85. La evidencia de la validez incluye relaciones sustanciales convergentes y divergentes con otros instrumentos de los cinco grandes así como con puntuaciones con pares (4).

Finalmente, se tomaron del expediente clínico los datos demográficos de edad, estado civil, ocupación, ingreso económico, escolaridad, tiempo de tratamiento, tiempo en abstinencia, diagnósticos psiquiátricos en el eje I y diagnósticos médicos en el eje III, que se encontraban en la hoja de trabajo social, hoja de preconsulta y en la historia clínica de cada paciente.

PROCEDIMIENTO

Se obtuvo la aprobación del estudio por el comité de ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente Muñiz. Se aplicó el cuestionario breve de juego patológico a los pacientes que acudieron a la consulta externa del CAAF desde el mes de agosto del 2005 hasta el mes de mayo del 2006. El cuestionario se encontraba en la recepción y lo entregaba la recepcionista a todos los pacientes que tienen consumo de alcohol, ya sea que acudieran por primera vez o fueran subsecuentes. Durante este periodo ningún individuo se negó a contestarlo. A los pacientes que contestaron positivo el cuestionario breve de juego patológico se les invitó a

participaren el protocolo de estudio, se les informó verbalmente el procedimiento y firmaron la hoja de consentimiento informado. Los pacientes anotaron su número de registro y proporcionaron un número telefónico en el cual pudieran ser localizados.

La aplicación de los cuestionarios MINI, SCID II, BFI y SOGS se realizó, en los meses de marzo a mayo del 2006 dentro del horario de consulta externa en el consultorio de psiquiatría.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se exploraron diferencias entre el grupo con comorbilidad de juego patológico contra aquel sin dicha patología. Las variables categóricas fueron comparadas mediante χ^2 , estableciéndose un nivel de significancia a $p < 0.05$. Las variables continuas fueron analizadas mediante prueba T de student para muestras independientes y en casos especiales se utilizaron las pruebas no paramétricas de U-Mann Whitney. Para comparar ambos grupos diagnósticos en cuanto a patología en eje II según SCID-II autoaplicable, se obtuvieron razones de momios y se calcularon según método de Mantel-Haenszel. Se estudió mediante un modelo de regresión lineal la asociación entre grupo diagnóstico y número de diagnósticos en eje II; ajustando en el modelo para el efecto de edad, edad de inicio de consumo de alcohol y comorbilidad psiquiátrica en eje I. Para estudiar la asociación entre los factores del BFI y grupo diagnóstico se utilizaron pruebas de T de student para muestras independientes. La asociación entre severidad de juego patológico y factores del BFI se realizaron correlaciones de Pearson.

RESULTADOS

La muestra total fue de 40 pacientes, 20 con juego patológico y dependencia a alcohol y 20 sin juego patológico con dependencia a alcohol.

En cuanto a las características demográficas de la muestra estudiada, el 70% de los pacientes fueron del sexo masculino en ambos grupos. La edad promedio de los pacientes fue de 37.6 años en el grupo de los dependientes a alcohol jugadores patológicos (JP) y de 40.0 en los pacientes dependientes a alcohol sin juego patológico (NP). El estado civil más frecuente del grupo JP fue unión libre (35%) y de los NP fue soltero (40%). El 5% de los pacientes JP estaban desempleados, a diferencia del grupo NP en el cual el 30% estaban desempleados. La religión predominante fue católica en los grupos con JP y NP (80 y 70% respectivamente). El promedio de escolaridad en años fue de 8.4 en el grupo JP y de 9.7 en los NP. El promedio mensual de ingreso económico fue ligeramente más bajo en el grupo JP que en el grupo NP (8.4 versus 9.75 respectivamente). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables antes descritas (Tabla 1).

Se estudiaron diferencias entre los grupos diagnósticos en cuanto a las variables clínicas relacionadas con el consumo de alcohol (tabla 2). La variable clínica de edad de inicio del consumo de alcohol fue ligeramente menor en los pacientes JP (16.4) que en los que NP (17.5) pero no fue estadísticamente significativa. El tiempo de abstinencia fue de 3.75 años en los pacientes JP y de 2.2 años en los pacientes NP. El tiempo en años bajo tratamiento fue de 3.15 en los jugadores patológicos y de 1.9 en los pacientes sin juego patológico. Estas diferencias en abstinencia y tiempo en tratamiento no fueron estadísticamente significativas. Se encontró que los pacientes del grupo JP presentaron más comorbilidad psiquiátrica (75% versus 45%) que los pacientes NP y dicha diferencia alcanzó significancia estadística. La comorbilidad médica fue de 65% en los jugadores patológicos y de 50% en los pacientes sin juego patológico. El uso de sustancias a lo largo de la vida fue de 65% en los JP y de 55% en los NP. Ninguna de estas diferencias en las dos últimas variables descritas fue significativa (Tabla 2).

En cuanto a los doce trastornos de la personalidad evaluados con la entrevista SCID-II se encontró que los pacientes con juego patológico tuvieron un riesgo 4 veces mayor de presentar diagnóstico de trastorno evitativo de la personalidad y trastorno depresivo de la personalidad (RM 4.3 IC 1.2-16.3 y 4.3 IC 1.1-16.3 respectivamente). Asimismo el grupo con juego patológico tuvo un riesgo 7 veces mayor de presentar datos de trastorno pasivo agresivo de la personalidad (RM 7.0 IC 1.7-28.2) que el grupo sin juego patológico. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los otros trastornos de la personalidad (tabla 3).

Se encontró que la vasta mayoría de la muestra presentó más de un posible diagnóstico en eje II (95%). Al ser evaluados por cluster A, B y C de personalidad no hubo diferencia entre ambos grupos. Se exploró si existían diferencias entre los grupos diagnósticos en cuanto a número de posibles diagnósticos en eje II, encontrándose que el grupo JP en promedio tuvieron 2.25 posibles diagnósticos más en eje II, que aquellos del grupo NP ($p=0.016$), esta diferencia permaneció significativa después de ajustar para comorbilidad psiquiátrica, edad de inicio de consumo de alcohol y sexo ($\beta=1.915$, $p=0.05$). La probabilidad de encontrarse clasificado en el grupo con juego patológico aumentaba 1.3 veces con cada incremento en probables diagnósticos en eje II.

El grupo con comorbilidad de juego patológico puntuó más bajo en todos los factores del BFI,

salvo neuroticismo (tabla 4). De estas diferencias sólo conciencia y extroversión alcanzaron significancia estadística (diferencia = -0.59 $p=0.001$ y diferencia = -0.55 $p=0.005$).

En el grupo de jugadores patológicos se encontró que a mayor puntaje de SOGS menor puntaje en el rasgo de agradabilidad ($r=-0.598$ $p=0.005$). Aunque no se alcanzó significancia estadística se encontró una tendencia indicando que a mayor puntaje del SOGS mayor puntaje en extroversión ($r=0.094$). (Tabla 5).

El puntaje de SOGS no fue estadísticamente diferente según pruebas de U de Mann-Whitney en los distintos diagnósticos del SCID-II.

DISCUSIÓN

Datos Demográficos

La mayoría de los pacientes que participaron en el estudio fueron del sexo masculino, lo cual se corresponde con la frecuencia mayor del diagnóstico de dependencia al alcohol en los hombres que en las mujeres en la población mexicana (11% versus 0.7%) (44). La mayoría de los pacientes se encontraron dentro del promedio de edad reproductiva (39 años), sin embargo, su escolaridad fue baja (9 años), hubo una frecuencia alta de desempleados y subempleados (45%) y los ingresos económicos en promedio fueron bajos (3000 mensuales), aunque no hubo diferencias significativas en los dos grupos, los jugadores patológicos tuvieron mayor edad, menor escolaridad y menores ingresos económicos.

Variables clínicas

Se obtuvo la edad de inicio de consumo de alcohol de ambos grupos de pacientes, la cual presentó un rango que va desde los 10 hasta los 43 años, y el promedio de edad fue de 17 años, sin embargo, esta fue menor en hombres y mayor en mujeres en ambos grupos. No se obtuvo la edad de inicio de las conductas de juego ni del inicio del juego patológico.

El tiempo de abstinencia tuvo una relación directa con el tiempo en tratamiento, siendo mayor en los pacientes con juego patológico que en los pacientes sin juego patológico, lo cual podría relacionarse a que los pacientes con juego patológico exhiben mayor comorbilidad y esto podría incidir en la búsqueda de tratamiento a una edad más temprana.

Dependencia al alcohol y trastornos comórbidos del eje I

En nuestro estudio la comorbilidad psiquiátrica fue alta en los dos grupos de dependientes al alcohol (45 y 75% respectivamente) lo cual corresponde a lo reportado en la literatura (49) en pacientes mexicanos; En ese estudio los hombres tuvieron como diagnósticos psiquiátricos comórbidos en orden descendente de frecuencia: trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos afectivos y farmacodependencia y en las mujeres fueron los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad. Aunque nosotros no describimos ni evaluamos los otros diagnósticos psiquiátricos presentes, la mayoría eran trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. No se exploró en nuestro estudio el riesgo suicida, pero la mayoría de las estimaciones de prevalencia de suicidio en el consumo de alcohol la sitúan entre el 10 y el 15%. En este estudio, todos los pacientes estaban bajo tratamiento psicológico y más del 50% de ellos tenían concomitantemente tratamiento psiquiátrico, de acuerdo al modelo de tratamiento de la dependencia al alcohol del CAAF, en el cual la atención es primordialmente psicológica y solo una parte de los casos, cuando es necesario, se envían a tratamiento psiquiátrico.

Dependencia al alcohol y enfermedad médica

Si bien, el estudio de la comorbilidad médica no fue un objetivo específico de este proyecto, pudimos encontrar una frecuencia de comorbilidad médica del 45%, se tomaron los diagnósticos del expediente clínico pero no se investigaron el inicio, el tratamiento, la evolución, ni se estableció una relación directa con el consumo de alcohol. Los más frecuentes fueron los problemas gastrointestinales como gastritis, colitis, hernia hiatal, posteriormente los articulares como lumbalgias y artritis y finalmente los metabólicos como obesidad e hipertensión arterial. Esto se relaciona con lo descrito en estudios antecedentes en los que se ha observado que la ingestión repetida de dosis altas de alcohol puede afectar casi todos los órganos, especialmente el tubo digestivo, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central y periférico. Los efectos gastrointestinales incluyen gastritis y úlceras del estómago y duodeno, y cerca del 15% de los grandes consumidores de alcohol presentan cirrosis hepática y pancreatitis. (3) A nivel hematopoyético anemia, alteraciones de la coagulación, a nivel cardíaco insuficiencia cardíaca,

por mencionar los más importantes. Además el alcohol puede ser un factor causal en la hipertensión, el infarto, la cardiomiopatía y la insuficiencia cardíaca. También se asocia con cáncer de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado aunque no existe un consenso sobre la dimensión del riesgo (50).

Dependencia al alcohol y consumo de otras sustancias

De manera similar a las complicaciones médicas no obtuvimos la intención inicial de estudiar esta asociación, sin embargo los hallazgos señalan que el consumo de sustancias adictivas a lo largo de la vida, diferente al alcohol, fue muy parecido en ambos grupos: de 55% en los pacientes con juego patológico y de 65% en los pacientes sin juego patológico, lo cual también es más alto que lo encontrado en estudios previos. Por ejemplo; Powell (21) señala que los trastornos relacionados con otras sustancias es uno de los diagnósticos más frecuentes que acompañan al consumo de alcohol, aunque no hay cifras para la dependencia al alcohol concluyentes, se estima que un 25% de los sujetos bebedores excesivos son consumidores de sustancias ilícitas, a diferencia de un 18% de los sujetos con consumo episódico (pero no excesivo de manera habitual) y de 5.5% en los bebedores sin embriaguez (2).

Dependencia al alcohol y trastornos del eje II

La prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con dependencia a alcohol generalmente es reportada como muy alta y va desde un 44% hasta un 70%. (51). La diferencia en las cifras reportadas se debe a la gran variedad de instrumentos que se utilizan, estructurados, no estructurados que miden trastornos específicos o rasgos de personalidad a la diversidad de los patrones de consumo que presentan. Sin embargo, y a pesar de las variaciones en los sistemas de clasificación diagnóstica y la gran variedad de los instrumentos de evaluación, los estudios muestran una gran concordancia en decir que el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad son los que se detectan con mayor frecuencia (27 y 18% respectivamente). En nuestro estudio la frecuencia de trastorno antisocial de la personalidad fue de 45% en dependientes a alcohol y de 65% en pacientes dependientes a alcohol con comorbidos con juego patológico. Otros autores también han encontrado, en dependientes al alcohol puntuaciones elevadas en las escalas de dependencia, evitación y antisocial. Lo cual concuerda con la asociación encontrada con el trastorno antisocial de la personalidad en todos los pacientes del presente estudio, ya que todos tienen el diagnóstico de dependencia a alcohol pero fue más frecuente el trastorno evitativo de la personalidad en los pacientes con comorbidos con juego patológico.

La expansión del uso de los criterios diagnósticos a partir de una concepción multiaxial (sistema DSM) ha favorecido la creación de modelos teóricos para comprender la coexistencia de trastornos en la población clínica. No solo se favorece la combinación de dos ejes o más sino que, dentro de un mismo eje, puede realizarse más de un diagnóstico. Es, por tanto, una clara prueba de que los sistemas categoriales actuales favorecen la existencia de diagnósticos múltiples. En el área específica de las conductas adictivas, el término "patología dual" se utiliza generalmente para referirse a la coexistencia de trastornos psicopatológicos de los ejes I y II, concomitantemente con trastornos por consumo de sustancias.

Dependencia al alcohol y rasgos de personalidad

Hasta el momento actual no se puede establecer una causalidad lineal en la patología dual, más bien se admite que las relaciones entre ambos trastornos son complejas. Hay tres líneas principales de investigación en patología dual: la primera centra su hipótesis en que los trastornos de la personalidad son variables de riesgo para el inicio y el mantenimiento de la conducta adictiva; la segunda considera los trastornos por consumo de sustancias como factores de agravamiento de dichos trastornos y la tercera propugna que el consumo de sustancias puede inducir cambios neurobiológicos que produzcan cambios en los rasgos de personalidad. Respecto a la primera

hipótesis resulta atractiva para nuestro estudio la propuesta de Verheul de las posibles vías que justifican la asociación entre los trastornos de personalidad y las adicciones. La vía de desinhibición del comportamiento podría explicar la comorbilidad con los trastornos límite y antisocial de la personalidad a través del déficit del control de impulsos y es la que presenta una mejor validación. La vía de la reducción del estrés daría cuenta de la comorbilidad de los trastornos evitativo, dependiente, esquizotípico y límite que son los individuos que expresan una intensa reactividad al mismo, sensibilidad a la ansiedad y neuroticismo. Las sustancias tendrían aquí el papel de una "automedicación" ya que en ocasiones estos pacientes presentan trastornos de la esfera ansiosa, previo al consumo. Por último, la vía de sensibilidad a la recompensa señalaría que los sujetos con rasgos de búsqueda de novedades y de recompensas, como los pacientes con trastorno narcisista, histriónico y antisocial, utilizarían las sustancias por sus propiedades de refuerzo positivo. Este autor también propone que los sujetos que presentan un predominio en las dimensiones depresiva, de agresividad impulsiva tendrían a utilizar más de una sustancia, lo cual concuerda con nuestra muestra en donde el consumo de otra sustancia, aparte del alcohol, a lo largo de la vida fue del 55 al 65% en ambos grupos. Incluso las vías para definir la comorbilidad también influyen en la sustancia elegida. El uso de alcohol parece que predomina entre los sujetos que presentarían la vía de reducción de estrés y en nuestros pacientes la prevalencia de trastornos de personalidad del cluster "C" (ansiosos) fue del 85 al 95%, y fueron significativamente más frecuentes en los jugadores patológicos los trastornos de personalidad evitativo, pasivo-agresivo y depresivo que están dentro de este cluster.

Juego patológico y trastornos del eje I

Los hallazgos en este estudio son consistentes con algunos resultados obtenidos cuando se ha examinado la comorbilidad psiquiátrica en jugadores patológicos y en dependientes al alcohol. La comorbilidad psiquiátrica reportada en estudios previos de juego patológico y consumo de alcohol va del 40 al 60% (15) pero en este estudio se pudo obtener una muestra de jugadores patológicos con una comorbilidad del 100% con la dependencia al alcohol. La presencia de un tercer diagnóstico además de juego patológico y alcohol en el eje I fue de 75% en el grupo de jugadores patológicos siendo más alta que en el grupo de pacientes solo dependientes al alcohol (45%), este fue un hallazgo muy interesante del estudio aunque no estuvo contemplado investigarlo en los objetivos del estudio. Aunque en el presente estudio no se describieron ni evaluaron los diagnósticos del eje I, predominaron los trastornos depresivos y de ansiedad, lo cual es compatible por lo reportado por Blanco et al de un 75% de depresión comórbida en jugadores patológicos y más alta que la reportada por Ibañez et al en el 2001 de 50.4%. Petry también encontró en los jugadores patológicos un riesgo aumentado de suicidio: de un 48 a un 70% de los jugadores contemplaron el suicidio y de un 13 al 20% intentaron suicidarse (11).

Juego patológico y enfermedad médica

Un estudio de comorbilidad médica en 52 jugadores patológicos (52) de Estados Unidos encontró que los jugadores patológicos que iniciaron el juego más temprano tuvieron mayor comorbilidad médica, peor funcionamiento social y más trastornos por dolor, pero no describieron otras enfermedades médicas.

Juego patológico y otras sustancias

El uso de drogas ilícitas a lo largo de la vida en jugadores patológicos se ha reportado en rangos del 10 al 30% (34), Petry reportó que los jugadores patológicos tienen más de 50% de comorbilidad con consumo de sustancias, pero en nuestra muestra esta cifra fue mucho más alta (65%) debido quizás al diagnóstico doble de dependencia al alcohol más juego patológico.

Juego patológico y trastornos del eje II

La comorbilidad con trastornos del eje II en jugadores patológicos va del 25% (42) al 93% (34), compatible con lo encontrado en nuestra muestra (95%). Este último autor encontró un promedio de 4.3 diagnósticos de personalidad por paciente y nosotros encontramos un promedio de 7.1 diagnósticos de personalidad por paciente.

Como se puede observar esta muestra de jugadores patológicos tiene una comorbilidad psiquiátrica singularmente alta. Un estudio realizado en España (36) en jugadores patológicos con comorbilidad psiquiátrica comparados con jugadores patológicos sin comorbilidad psiquiátrica encontró una diferencia significativa en la distribución del alelo C₄ del gen del receptor de dopamina RD₂ (42% versus 5%), lo cual apoya la hipótesis de este alelo como un factor de predisposición para trastornos psiquiátricos; por lo tanto sería interesante hacer un estudio genético en nuestro grupo de estudio de jugadores patológicos por su comorbilidad inusualmente alta.

Henderson encontró, al igual que en nuestro estudio una frecuencia más alta de la escala de trastorno evitativo de trastornos de la personalidad no encontró diferencias en las escalas: *dependiente, histriónico, narcisista, esquizotípico, antisocial y límite*, utilizando el MCMI-II (Millon clinical multiaxial inventory-II) en un grupo de pacientes psiquiátricos no hospitalizados con juego patológico comparados con los pacientes sin juego patológico. Para hacer el diagnóstico de juego patológico también utilizó el SOGS, aunque la muestra fue predominantemente del sexo femenino (70%) y afroamericanos (63%), (53). A diferencia de nuestro estudio, no encontró mayor frecuencia de trastorno de personalidad pasivo-agresivo.

Otro autor, (33) en un estudio usando entrevistas clínicas estructuradas, encontró que el trastorno de personalidad evitativo era el diagnóstico de personalidad más prevalente entre los jugadores patológicos (12.5%). También encontró que los trastornos de personalidad antisocial y narcisista no estaban relacionados con el juego patológico.

Juego patológico y rasgos de personalidad

El grupo de jugadores patológicos con dependencia al alcohol presentó puntuaciones más bajas de los rasgos de personalidad positivos: *agradabilidad, conciencia, apertura y extraversión* y puntuaciones más altas del rasgo de personalidad negativo *neuroticismo* como se había propuesto en la hipótesis ya que este perfil se relaciona con mayor psicopatología y trastornos de personalidad (Costa Jr y Widiger T. 1994), sin embargo solo las puntuaciones bajas en los rasgos de personalidad *extraversión* y *conciencia* fueron estadísticamente significativas. Estas puntuaciones bajas de *extraversión* dan las características de reservado, sobrio, retraído, no exuberante tímido y tranquilo que se corresponderían con el trastorno de personalidad evitativo que también fue más frecuente en los jugadores patológicos. La puntuación baja en el rasgo *conciencia* se corresponde con las características sin propósito, no confiable, perezoso, descuidado, de voluntad débil que tendrían relación con la personalidad antisocial y pasivo agresiva, que también fue muy frecuente en los jugadores patológicos. Las puntuaciones más altas del cuestionario SOGS en los jugadores patológicos se relacionaron con una puntuación más baja del rasgo de personalidad *agradabilidad* que da las características de cínico, grosero, suspicaz, no cooperativo, vengativo, manipulador e irritable y se corresponde con los trastornos de personalidad paranoide, antisocial, narcisista y pasivo-agresivo (54). Este perfil particular de personalidad del grupo de los jugadores patológicos tiene implicaciones clínicas importantes como son el empeoramiento del pronóstico y el tener menos estrategias de tratamiento eficaces. Sin embargo, hasta la fecha la investigación de los rasgos de personalidad de los jugadores patológicos ha sido muy inconsistente. Un estudio realizado en el Reino Unido (41) propuso que los jugadores patológicos tenderían a ser buscadores de sensaciones altas y que los jugadores no patológicos tenderían a ser buscadores de sensaciones bajas; tendrían puntuaciones altas en la escala de competitividad y que en sí el juego es una competencia estructural intrínseca, y tendrían menor puntuación de la escala de dependencia de la recompensa. Aplicaron escalas

específicas para estos tres rasgos en 114 individuos y compararon los jugadores patológicos (38%) con los no patológicos con cuestionarios específicos. Los resultados encontraron una fuerte relación con competitividad pero no con los otros dos rasgos.

dependencia de la recompensa. Aplicaron escalas específicas para estos tres rasgos en 114 individuos y compararon los jugadores patológicos (38%) con los no patológicos con cuestionarios específicos. Los resultados encontraron una fuerte relación con competitividad pero no con los otros dos rasgos.

CONCLUSIONES

La comorbilidad psiquiátrica en nuestro grupo de pacientes dependientes al alcohol fue alta: de 45% aun sin el diagnóstico de juego patológico.

En el presente estudio, el uso de otras sustancias diferentes al alcohol a lo largo de la vida fue de 50% en promedio, en todos los pacientes estudiados, que fue más alto que lo reportado en estudios previos.

La comorbilidad médica con dependencia al alcohol fue del 50%, que fue ligeramente mayor a la encontrada en los estudios previos. El tipo de comorbilidad fue similar a lo que se ha descrito, ya que predominaron los trastornos del aparato gastrointestinal.

La prevalencia de juego patológico en los pacientes dependientes al alcohol que acudieron al CAAF en el periodo de estudio, tal y como se ha descrito en otros estudios, fue mayor al 10% según el cuestionario de detección CBJP.

Los pacientes con juego patológico tuvieron mayor comorbilidad psiquiátrica y mayor comorbilidad médica que el grupo de pacientes sin juego patológico.

Los pacientes dependientes al alcohol con juego patológico, como grupo, tuvieron un mayor número de trastornos de personalidad que el grupo de los dependientes al alcohol sin juego patológico.

El grupo de los pacientes dependientes al alcohol con juego patológico tuvieron más trastornos de personalidad evitativo, pasivo-agresivo y depresivo que los dependientes al alcohol sin juego patológico, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Los pacientes jugadores patológicos tuvieron menor puntuación en los rasgos de personalidad de conciencia y extraversión que los dependientes al alcohol sin juego patológico.

A mayor puntuación de la escala SOGS en los jugadores patológicos, menor fue la puntuación del rasgo de personalidad agradabilidad.

LIMITACIONES

El tamaño de la muestra fue muy pequeño por lo que sería necesario una muestra más grande para obtener diferencias más significativas y conclusiones más definitivas.

La muestra no es muy representativa, ya que fue tomada de una población marginada, con altos índices de conductas delictivas, bajos ingresos económicos, bajo nivel de escolaridad y una disponibilidad alta de alcohol y de sustancias ilegales. Aunque se tomó de fuentes anecdóticas de los mismos

LIMITACIONES

El tamaño de la muestra fue muy pequeño por lo que sería necesaria una muestra más grande para obtener diferencias más significativas y conclusiones más definitivas.

La muestra no es muy representativa ya que fue tomada de una población marginada, con altos índices de conductas delictivas, bajos ingresos económicos, bajo nivel de escolaridad y una disponibilidad alta de alcohol y de sustancias ilegales. Aunque se tomó de fuentes anecdóticas de los mismos participantes, en esta zona también hay mayor disponibilidad de juego ilegal, que en otras áreas de la ciudad de México.

Una entrevista estructurada aplicada por el investigador habría discriminado más trastornos del eje II ya que la versión autoaplicable del SCID-II tiende a sobrediagnosticar trastornos de personalidad.

RECOMENDACIONES

La aplicación de cuestionarios breves de detección, como el cuestionario breve de juego patológico (CBJP) podría ser útil en escenarios de atención primaria y de atención psiquiátrica general en México, ya que es rápido, sensible y económico.

Al ser más frecuente el juego patológico en consumidores de sustancias sería recomendable que se busque intencionadamente este trastorno en los pacientes con trastornos relacionados al consumo de sustancias.

Dada la alta comorbilidad del juego patológico con otros trastornos psiquiátricos es recomendable que a los pacientes con este trastorno se les evalúe globalmente y tengan una valoración por un especialista en salud mental.

La evaluación en los jugadores patológicos de los trastornos de personalidad y rasgos de personalidad es necesaria ya que su comorbilidad es alta y podría tener implicaciones pronósticas, de elección del tratamiento y de la probable respuesta a éste.

Cuando se detecta un paciente con juego patológico es recomendable hacer una evaluación exhaustiva en búsqueda de problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias con el fin de aplicar medidas y/o terapéuticas adecuadas para esta población ya que se podría evitar un número de complicaciones en estos pacientes a nivel individual, familiar y social.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) SánchezHervás E Juego patológico:Un trastornoemergente.Trastornosadictivos2003; 5 (2):75-87.
- (2) KaplanH SadockBJ. Sinopsisde psiquiatría1998. Editorialmédicapamericana869-871.
- (3) American Psychiatric association, DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornosmentalestextorevisado.2002. Masson.BarcelonaEspaña.
- (4) Pervin LawrenceA. La ciencia de la personalidad.1998, Madrid, España, Ed. Mc Graw-Hill/Interamericanade España.
- (5) SandovalDe EscurdiaJuan Martín. Casinos:Efectossocialesnegativosy ludopatía.Servicio de investigacióny análisis.Divisiónde políticasocial. Direccióngeneralde bibliotecas2004.
- (6) SánchezVenegasAdolfo07 de enerodel 2005DiarioEl Universal.
- (7) AponteDavid 10 de juniodel 2006DiarioEl Universal.
- (8) OchoaE., LabradorF., El juego patológico.2004. Barcelona:Plaza & Janeseditores.
- (9) LadouceurRobertGambling:The hiddenaddictionCan J Psychiatry2004;49(8)501-503.
- (10) VolbergRachelA. Prevalencestudiesof problemgamblingin the United Status. Journal of gamblingstudies1996 12 (2), 111-128.
- (11) Petry Nancy M., Armentano Christopher, Prevalence, assessment, and treatment of pathologicagambling:a review.Psychiatricservices1999;50(8)1021-26.
- (12) CoxBJ., Yu N., Afifi T., LadouceurCan J Psychiatry2005;50:(4)213-17.
- (13) ParkeAdrian, GriffithsMark, IrwingP., Personalitytraits in pathologicagambling:sensation seeking, defermentof gratificationand competitivenessas risk factors. Addictionresearch and theory2004;12(3):201-212.
- (14) WintersKen C., AndersonNikki. Gamblinginvolvementand drug use among adolescents. Journalof gamblingstudies2000 16:2/3, 175-198.
- (15) BlancoC., IbáñezA., Sáiz-RuizJ., Blanco-JerezC. NunesE. Epidemiologypathophysiology and treatmentof pathologicagambling.CNS Drugs2000 13(6)397-407.
- (16) Toneatto T., FergursonD., BrennanJ. Effect of a new casino on problem gambling in treatment-seeking substanceabusers.Can J Psychiatry2003;48 (1)40-44.
- (17) ParkerJ., WoodL., BondB., Alexithymia in young adulthood:a risk factor for pathological gambling.Psychotherpsychosom2005;74: 51-55.
- (18) RamírezLF, McCormickRA, RussoAM, et al, Patternsof substanceabuse in pathological

gamblers undergoing treatment. *Addict Behav* 1984;8: 425-428.

(19) Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell M, Parker J. Simultaneous drinking and gambling: a risk factor for pathological gambling. *Substance Use and Misuse* 2004;39: 1405-1422.

(20) Díaz RL, Campillo C, Cerrad J, Rosado A, Hernández A: El consumo de alcohol en la población psiquiátrica. 1992. *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría* Reseña de la VII reunión de investigación 108-116.

(21) Powell BJ, Pewick EC, Othmer DE, Bingham SF, Rice AS. Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *J Clin Psychiatry* 1982;43: 404-7.

(22) Lewis CE, Rice J, Helzer JE. Diagnostic interactions Alcoholism and antisocial personality. *J Nerv Ment Dis* 1983, 171 (2): 105-111.

(23) Cook BL, Winokur G, Fowler RC, Liskow BI. Classification of alcoholism with reference to comorbidity. *Compr Psychiatry* 1994;35:165-70.

(24) Roca B. Trastornos de la personalidad Evaluación y tratamiento. *Perspectiva psicobiológica*. Barcelona: Masson; 1998: 175.

(25) Numberg HG, Rifkin A, Doddi A. A systematic assessment of the comorbidity of DSM III-R personality disorders in alcoholic outpatients. *Compr. Psychiatric* 1993;34: 447-54.

(26) Rodríguez Santos O., Baldo Soria R., Cardoso Cristía S. Consumo de alcohol. Alcoholismo y rasgos psicológicos de personalidad *Revista Cubana Med Gen Integ* 2000; 16(3):265-9.

(27) Echeburúa E., Bravo De Medina R., Aizpiri J., Alcoholism and personality disorders: an exploratory study. *Alcohol & Alcoholism* 2005;40(4): 323-326.

(28) Marchiori E., Loschi S., Marconi D., Mioni D., Pavan L. Dependence, locus of control, parental bonding, and personality disorders : a study in alcoholics and controls. *Alcohol & Alcoholism* 1999;34 (3)396-401.

(29) Basiaux P., Le Bon O., Dramaix M., Massat I., Souery D., Mendlewicz J. Pelc I., Verbanck P., Temperament and character inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients : a controlled study. *Alcohol & Alcoholism* 2001;36(6):584-587.

(30) Koenigs Gerg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, Cooper AM. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2462 patients. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 207-12.

(31) Blaszczynski Alex, McConaghy Neil. Crime, antisocial personality and pathological gamblers. *Journal of gambling behavior* 1989, 5 137-152.

(32) Murray JB. Review of research on pathological gambling. *Psychological reports* 1993 72: 791-810.

(33) Specker SM, Carlson G, Edmonton K, Jonson P, Marcotte M, Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment: gender comparisons. *Journal of gambling studies* 1996 12 (1), 67-81.

(34) Blaszczynski Alex, Steel Zachary. Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of gambling studies* 1998 14 (1) 51-71.

(35) Cunningham-Williams R, Cottler L, Compton W, Spitznagel E. Taking chances: Problem

- gamblers and mental health disorders-Results from the St. Louis epidemiologic catchment area study. *American journal of public health* 1998 88:7, 1093-1096.
- (36) Ibanez A., Blanco D., Donahue E., Lesieur H., Perez de Castro I., Fernández-Piqueras J, Saiz-Ruiz J. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American journal of Psychiatry* 2001 158:10, 1733-1735.
- (37) Slutske W., Eisen S., Xian H., True W., Lyons M., Goldberg J., Tsuang M. A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. *Journal of abnormal psychology* 2001, 110:2, 297-308.
- (38) Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell M, Parker J Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns, and co-morbidity *J Stud Alcohol* 2001 62: 706-712.
- (39) Blaszczynski Alex, McConaghy Neil. Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addict Res* 1997; 63:29-38.
- (40) Petry N. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug alcohol depend* 2001; 63:29-38.
- (41) Parke Adrian, Griffiths Mark, Irwing Paul. Personality traits in pathological gambling: sensation seeking, deferment of gratification and competitiveness as risk factors. 2004. 12; No. 3 pp. 201-212.
- (42) Toneatto T., Millar G. Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. *Can J Psychiatry* 2004; 49 (85) 517-525.
- (43) Pietrzak Robert & Petry Nancy Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction* 2005; 100. 1183-1193.
- (44) Medina-Mora, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar Gaxiola S. *Salud Mental* 2003, 26, No. 4 1-16.
- (45) Fernández-Montalvo J, Echeburúa E, Bez C, El cuestionario breve de juego patológico (CBJP): un nuevo instrumento de screening. *Análisis y modificación de conducta* 1995; 21: 211-223.
- (46) Lesieur HR, Blume SB: The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1184-1189.
- (47) Sheehan D, et. al 1998, versión 5.0). Versión en español por Fernando L. Bobes J., Soto M.
- (48) First Michael B., Gibbon Miriam, Spitzer Robert L, Williams Janet B.W. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. Masson 1999, Barcelona.
- (49) Díaz Martínez Leonila Rosa. Comorbilidad psiquiátrica: consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. 1994. Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. México, Secretaría de salud. Pp. 100-104.

- (50) Alarcón Renato D. Psiquiatría 2da edición. 2001. Organización panamericana de la salud. Editorial Manual Moderno, México D.F.
- (51) Pervin Lawrence A., John Oliver P. Handbook of personality. Theory and research. 1999 The Guildford Press, New York, NY.
- (52) Burge Alesia N, Pietrzak Robert H, Molina Cheryl A, Petry Nancy M. Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. *Psychiatric services* 2004. 55: 12 1437-1439.
- (53) Henderson Melinda. Psychological correlates of comorbid gambling in psychiatric outpatients: a pilot study. *Substance use and misuse* 2004; 39: 1341-1352.
- (54) Costa J.R. Paul T, Widiger Thomas A. Personality disorders and the five-factor model of personality. 1994. American psychological association, Washington D.C.

ANEXOS

Tabla 1.
Datos demográficos

	Comorbilidad con juego patológico		Valor de p
	No	Si	
Sexo (femenino) ¹	30%	30%	1.0
Edad en años ²	37.65 (12.96)	40.0 (9.67)	0.52
Estado civil			0.28
Soltero	40%	25%	
Unión libre	10%	35%	
Casado	35%	25%	
Divorciado	10%	15%	
Viudo	5%	0%	
Ocupación			0.20
Desempleado	30%	5%	
Subempleado	20%	35%	
Empleado	40%	50%	
Hogar	10%	10%	
Religión			0.73
Ninguna	25%	15%	
Católica	70%	80%	
Otra	5%	5%	
Escolaridad en años ²	9.75 (3.42)	8.40 (2.70)	0.17
Ingreso económico ¹ (en pesos)	3400 (1784)	2935 (1238)	0.344

1 Valores en porcentaje

2 Promedio (desviación estándar)

Tabla 2.

Variables clínicas

	Comorbilidad con juego patológico		Valor de p
	No	Si	
Edad de inicio de consumo de alcohol ²	17.50 (7.04)	16.40 (4.98)	0.57
Tiempo en abstinencia	2.2 (5.33)	3.75 (4.60)	0.39
Tiempo en tratamiento	1.9 (1.83)	3.15 (2.62)	0.90
Con comorbilidad psiquiátrica	45%	75%	0.053
Con comorbilidad médica	50%	65%	0.34
Uso de drogas	55%	65%	0.52

1 Valores en porcentaje

2 Promedio (desviación estándar).

Tabla 3.

Trastornos de personalidad según SCID-II autoaplicable

	Comorbilidad con juego patológico		Razón de momios (IC95%)	Valor de p
	No	Si		
Evitativo	35%	70%	4.3 (1.2-16.3)	0.030*
Dependiente	15%	35%	3.1 (0.7-14.1)	0.15
Obsesivo-compulsivo	70%	80%	1.7 (0.4-7.3)	0.47
Pasivoagresivo	30%	75%	7.0 (1.7-28.2)	0.006*
Depresivo	30%	65%	4.3 (1.2-16.3)	0.030*
Paranoide	60%	75%	2.0 (0.5-7.7)	0.32
Esquizotípico	30%	45%	1.9 (0.5-7.0)	0.33
Esquizoide	0%	35%	-	-
Histriónico	10%	20%	2.3 (0.4-13.9)	0.38
Narcisista	90%	80%	0.4 (0.1-2.8)	0.38
Limitrofe	80%	75%	0.75 (0.2-3.3)	0.71
Antisocial	45%	65%	2.3 (0.6-8.1)	0.21
Cluster A	75%	85%	1.9 (0.4-9.3)	0.43
Cluster B	100%	90%	-	-
Cluster C	85%	95%	3.4 (0.3-35.4)	0.314
Número de diagnósticos de personalidad	4.95 (1.90)	7.2 (3.45)	1.34 (1.04-1.71)	0.022*

* Con significancia estadística.

Tabla 4.
Inventario de los cinco grandes

Factores	Comorbilidad con juego patológico		Valor de p
	No	Si	
Agradabilidad	3.38 (0.54)	3.05 (0.73)	0.11
Conciencia	3.30 (0.31)	2.71 (0.59)	0.001*
Extraversión	3.17 (0.52)	2.72 (0.39)	0.005*
Neuroticismo	3.22 (0.46)	3.24 (0.89)	0.93
Apertura	3.22 (0.55)	2.91 (0.60)	0.10

* Con significancia estadística.

Tabla 5.**Correlación entre puntuación del South Oaks Gambling Scale, los cinco grandes y número de trastornos de personalidad según SCID-II**

Rasgos	SOGS	Valor de p
Agradabilidad	-0.598	0.005*
Conciencia	-0.105	0.658
Extraversión	0.385	0.094
Neuroticismo	0.260	0.269
Apertura	-0.236	0.317
Número de diagnósticos SCID-II	0.372	0.106

* Con significancia estadística.

AGRADECIMIENTOS:

A todos los participantes que aceptaron cordialmente cooperar en este estudio, a mis asesores, que me apoyaron en todo momento, al Dr. Alejandro Muñoz por su ayuda desinteresada en los procedimientos de la tesis, a todos los trabajadores del CAAF por el apoyo para la captación de los pacientes, especialmente a Gisela Rangel.

A toda mi familia y especialmente a mi esposa, Rosa Corona, por todo el amor y la comprensión.